

Sistema de saúde no controle da sífilis na perspectiva das enfermeiras

Health system in syphilis control, from the nurses' perspective

Sistema de salud en el control de la sífilis en la perspectiva de las enfermeras

Caroline Soares Nobre^I; Conceição de Maria de Albuquerque^{II}; Mirna Albuquerque Frota^{III};
Maria de Fátima Antero Sousa Machado^{IV}; Camila Santos do Couto^V.

RESUMO

Objetivo: conhecer a perspectiva dos enfermeiros (as) acerca do sistema de saúde no controle da sífilis. **Método:** estudo de abordagem qualitativa, por meio de entrevista semiestruturada, foram entrevistadas treze enfermeiras de um hospital secundário em Fortaleza/Ceará, referência para os casos de sífilis, utilizando-se da técnica de análise de conteúdo para análise e interpretação do corpus. **Resultados:** identificaram-se os núcleos temáticos, na qual destaca-se as categorias: Atenção primária está “furando” e “Há uma falha na educação em Saúde!”. **Conclusão:** acredita-se na necessidade de novos recursos e ações para os profissionais, principalmente, a partir de intervenções educativas, que focalizem a integralidade da atenção à saúde para a constituição de meios de qualificação do serviço. **Descritores:** Sífilis congênita; enfermagem; sistema único de saúde; integralidade em saúde.

ABSTRACT

Objective: to learn the nurses' perspective regarding the health system in syphilis control. **Method:** this qualitative study involved semi-structured interviews of thirteen nurses from a secondary, syphilis-referral hospital in Fortaleza, Ceará, in 2012. The content analysis technique was used to interpret the resulting corpus. **Results:** in the core themes identified, the salient categories were: Primary care is “failing” and “There is a flaw in health education!” **Conclusion:** it is believed that new resources and actions are needed for health professionals, coming mainly from educational interventions focusing on comprehensive health care so as to establish means to improve services.

Descriptors: Congenital syphilis; nursing; unified health system; integrality in health.

RESUMEN

Objetivo: conocer la perspectiva de los(as) enfermeros(as) sobre el sistema de salud en el control de la sífilis. **Método:** estudio de enfoque cualitativo, a través de entrevistas semi-estructuradas. Se entrevistaron trece enfermeras de un hospital de segundo nivel en Fortaleza/Ceará, de referencia para los casos de sífilis, utilizando la técnica de análisis de contenido para el análisis e interpretación del corpus. **Resultados:** se identificaron los núcleos temáticos, en los que destacan las categorías: La atención primaria “No cumple lo prometido” y “Hay una falla en la educación de la salud.” **Conclusión:** se cree en la necesidad de nuevos recursos y acciones para los profesionales, principalmente, a partir de las intervenciones educativas que focalicen la totalidad de la atención a la salud para el establecimiento de medios de calificación de servicios.

Descritores: Sífilis congénita; enfermería; sistema único de salud; integralidad en salud.

INTRODUÇÃO

As doenças sexualmente transmissíveis (DST) estão entre as mais comuns patologias da saúde pública em todo o mundo, devido à gravidade, contagiosidade, incidência e prevalência, como igualmente o forte estigma social que carregam, no qual dificultam o diagnóstico precoce e o tratamento adequado.

Dentre as DST destaca-se a sífilis, que possui um preocupante aspecto, pois embora possua tratamento eficaz contra o agente causador, de baixo custo e fácil acesso, elevados índices de contaminação são identificados. Estima-

-se que a sífilis pode causar mortes perinatais, abortos, sífilis congênita (SC), e nascimentos de bebês prematuros e de baixo peso. No entanto, nos últimos anos a atenção a saúde parece estar centrada, quase que exclusivamente, na infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), ainda que a prevalência estimada da sífilis seja 4 vezes maior^{1,2}.

As redes de atenção à saúde possuem funções diferenciadas frente à patologia, na qual a primária deve promover ações de educação em saúde, captar e realizar exames para diagnóstico, notificar os casos

^IEnfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza. Doutoranda em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: sn.carol@hotmail.com.

^{II}Enfermeira. Mestre em Educação em Saúde pela Universidade de Fortaleza. Docente da Graduação em Enfermagem pela Universidade de Fortaleza. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: conceicaodealbuquerque@yahoo.com.br.

^{III}Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará. Docente do Mestrado em Saúde Coletiva e da Graduação em Enfermagem da Universidade de Fortaleza. Líder do Núcleo de Pesquisa e Estudo em Saúde da Criança. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: mirnafrota@unifor.br.

^{IV}Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará – UFC. Professor Associado, Universidade Regional do Cariri. Crato, Ceará, Brasil. E-mail:

reagentes e encaminhá-los para instituições de média complexidade. A secundária recebe as mesmas com a função do acompanhamento pré-natal, referido como de risco, execução do tratamento, dando seguimento ao cuidado até o processo de parturição³.

A atenção secundária e terciária, sob a ótica do Sistema Único de Saúde (SUS), tem função de assumir, assim como a atenção primária, o desafio de estabelecer espaços de (re) discussão das práticas visando a (re) orientação do pensar/fazer saúde, de modo especial a dicotomia cura/prevenção⁴. Desafio este em estreita relação com a operacionalização da integralidade na realidade dos serviços de saúde.

Destaca-se a relevância da assistência integrada que deve ser fundamentada na articulação de todos os passos na promoção do cuidado e no restabelecimento da saúde, evitando-se assim a sua fragmentação. Dentro desta concepção destaca-se a estratégia de educação em saúde como meio articulado entre a compreensão da realidade e a procura por alternativas de atitudes modificadoras a partir do profissional⁵.

A educação em saúde pode ser instrumento deste processo de conscientização desenvolvido na atenção secundária como tendência emergente na enfermagem gerenciando um movimento dialético. O enfermeiro é chamado a reconstruir sua prática de cuidado direto, para um modelo abrangente, sob a perspectiva de ação- reflexão- ação dialógica, em que a educação faz parte da assistência⁶.

A clínica não deve ser pensada na perspectiva de que a prevenção e a promoção da saúde estão a encargo da atenção básica, tendo em vista a proposta constitucional do SUS. Portanto, objetivou-se conhecer a perspectiva dos enfermeiros (as) acerca do sistema de saúde no controle da sífilis.

REVISÃO DE LITERATURA

A sífilis continua a ser um problema mundial, avaliando-se em 12 milhões o número de pessoas infectadas todos os anos. Anualmente dois milhões de casos de gravidez são afetados; cerca de 25% destes casos resultam em nados-mortos ou abortos espontâneos, e outros 25% de recém-nascidos têm baixo peso à nascença ou infecção grave, estando os dois casos associados a um maior risco de morte perinatal. Contudo, a sífilis congênita ainda é geralmente subestimada⁷.

O boletim epidemiológico do Ministério da Saúde (MS), publicado em 2012, evidenciou que o número de notificação de casos de sífilis na gestação tem aumentado a cada ano, chegando a 14.321 casos no ano de 2011. Em relação à SC, em 2011 foram notificados no país mais de nove mil casos, com uma taxa de incidência de 3,3 casos por 1.000 nascidos vivos, com a concentração de casos nas regiões sudeste e nordeste. O Ceará se encontra em 2º lugar com 6,8 casos por 1.000 nascidos vivos⁸.

Ações que visam à eliminação da SC são embasadas na vigilância ativa à saúde das gestantes, por meio do rastreamento e tratamento em todos os níveis de atenção à saúde. Nesse contexto a educação em saúde é fator primordial visando o empoderamento do sujeito para que compreenda e execute as orientações recomendadas⁹.

O MS tem incentivado condutas que possibilitem embasar a assistência na prevenção, tal como o encaminhamento e tratamento adequado dos casos de sífilis, por meio da concepção de manuais e protocolos que designam o direcionamento das ações dos profissionais de saúde para o adequado tratamento e prevenção dos casos¹⁰.

METODOLOGIA

Estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa, que trabalha com o mundo de crenças, valores e princípios, significados, aspirações, o que corresponde a um espaço bem mais complexo das relações, fenômenos e processos que não podem ser minimizados em simples variáveis¹¹.

A pesquisa desenvolveu-se em um hospital de perfil secundário da rede municipal referência no sistema público de saúde para os casos de sífilis, situado na cidade de Fortaleza- Ceará. Dispõe em sua organização um complexo de Unidade Neonatal (UN) e o Alojamento Conjunto (AC), onde foram coletados os dados.

Os informantes constituíram de treze enfermeiros (as) que assistiam ao recém-natos portadores de SC que aceitassem participar do estudo. Para determinar o tamanho da amostra utilizou-se uma ferramenta conceitual onde a base está na qualidade ideal, que reflete, em quantidade e intensidade, as múltiplas dimensões do fenômeno e busca a qualidade das ações e das interações no percurso do processo na redundância e convergência de sentido e significado com o propósito de dar corpo a sua pesquisa e torná-la defensável¹².

A coleta de dados foi realizada, primeiramente, mediante a identificação dos informantes, entregou-se uma carta convite a todos os prováveis participantes, enfermeiros(as) das unidades, visando apresentar a pesquisa. E, após assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), aplicou-se a entrevista semiestruturada que constou de duas partes significativas na qual a primeira versou mediante os dados de identificação e a segunda composta da questão norteadora: O que você acha do sistema de saúde, quando se fala na redução de casos de sífilis congênita?

As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra. Como garantia de um dos princípios éticos da pesquisa, o anonimato, os sujeitos foram identificados pela letra "E" de enfermeira, seguido de numeração que corresponde à ordem cronológica de realização das entrevistas. Após leitura cuidadosa, os dados foram organizados, interpretados, analisados e reduzidos a categorias para fins de relato por meio da técnica de análise de conteúdo¹¹.

Elucidou-se a validação dos dados mediante a precisão e cautelosa descrição das entrevistas por meio do agrupamento, documentação e classificação do *corpus*. Assim, identificaram-se os núcleos temáticos, na qual destaca-se neste artigo as categorias: Atenção primária está “furando” e “Há uma falha na educação em Saúde!”.

O componente ético esteve presente em todas as etapas da pesquisa como preconiza o MS por meio da Resolução 466/12. O anonimato dos envolvidos foi preservado. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza com Parecer de Nº 195/2010.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Atenção primária está “furando”

A atenção primária é a porta de entrada para os serviços de saúde, que se compõem de uma rede de sistemas interligados. A consulta e ou acompanhamento do pré-natal é para a assistência materno-infantil o espelho da qualidade do serviço de saúde preconizada na atenção primária. As falas despontam uma lacuna na assistência materno-infantil que desencadeia problemas alarmantes na atenção secundária e terciária. Os participantes descrevem o pré-natal como desprovido de qualidade, de modo a afirmar a carência de profissionais capacitados, ausência de material e estrutura para a excelência.

A rede de atenção deveria ser capaz de evitar, minimizar ou mesmo interromper a evolução de um processo saúde-doença, que engloba a capacidade de promoção e manutenção da saúde, diagnóstico e tratamento adequado em tempo e com a tecnologia disponível na porta de entrada do sistema¹³.

No entanto, a integralidade dos setores é um desafio a ser enfrentado em todos os níveis de atenção, pois incide em romper com a lógica da queixa-conduta e da fragmentação das intervenções terapêuticas, com o intuito de passar a abordar sob a ótica integral, isto é, (re) pensar as práticas em saúde a partir da leitura ampliada da realidade de vida dos indivíduos⁵.

[...] a atenção básica esta “furando”, pois se chega com sífilis congênita é por que infelizmente não foi feito diagnóstico na atenção básica. (E4)

[...] muitas gestantes que foram para as consultas, o médico pediu (o exame) no primeiro trimestre, mas passou um mês para marcar, mais um mês pra receber, às vezes ganha neném antes de receber o resultado e de voltar pra consulta com o obstetra [...] falta a equipe abraçar a sífilis, de cobrar, de fazer a busca ativa. (E11)

[...] está muito a desejar [...] tem muita gestante ainda sem fazer pré-natal, às vezes alegam que só veio descobrir no final, não fazem o tratamento na gravidez [...] teve duas consultas por que faltava profissional, faltava condições. (E10)

Destaca-se que a eficácia da assistência pré-natal não pode ser avaliada pelo número de consultas realizadas, mas igualmente pela qualidade do atendimento.

Entre as gestantes de um determinado estudo que fizeram acompanhamento pré-natal, mais de 10% não fizeram o exame, ou, se fizeram, não tiveram acesso ao resultado¹⁴. As ações direcionadas à eliminação da SC dependem, invariavelmente, da qualificação na assistência à saúde, que estão essencialmente nas mãos de profissionais e gestores envolvidos no atendimento e/ou que realizam acompanhamento pré-natal^{15,16}.

Como exemplificação, a gravidez durante a adolescência é enfatizada nos relatos com determinada discriminação pelos profissionais. Os mesmos acreditam que estes casos representam o limiar da desatenção na saúde pública, o que demonstra o despreparo da assistência a saúde em seus mais complexos eixos, tais como a educação e promoção da saúde.

Ao manter as ações restritas aos protocolos de atendimento, o serviço de saúde impossibilita a comunicação com as adolescentes e o acesso ao preservativo, ao planejamento familiar à assistência a saúde sexual. Esta situação se associa à própria carência dos insumos de prevenção e a precária organização dos processos de trabalho, o que vulnerabiliza adolescentes às DSTs e gravidez não planejada¹⁷.

A gente vê que é uma coisa bem solta, vê muita menina nova já com sífilis [...] menina de 14 anos, como pode? (E13)

[...] a gente tem muita mãe adolescente com esses casos de sífilis congênita. Mãe de 17 anos, terceiro filho e com sífilis congênita. A gente está pecando em algum lugar lá atrás [...] (E8)

Estudos identificam elevado número de adolescentes com sífilis gestacional^{16,18}. No que diz respeito à adolescência, estas pesquisas sugerem que adolescentes e jovens com baixo nível de escolaridade são mais susceptíveis às DSTs, entretanto a escassa preocupação com os aspectos preventivos parece estar relacionada ao comportamento próprio da adolescência do que à desinformação.

Problemática constante e inevitável nas informações referentes à sífilis são os parceiros que se encontram em posição de causadores e fatores de risco para a patologia. As profissionais entrevistadas manifestam que as mulheres assumem uma posição participativa quando se fazem presentes nas consultas de pré-natal e em grupos educativos.

Os parceiros em alguns casos se recusam a receber tratamento, portanto ocorre a reinfeção. O MS preconiza o tratamento dos parceiros sexuais independentemente de confirmação diagnóstica, uma vez que ocorra a ausência de tratamento destes, a gestante é considerada inadequadamente tratada e, consequentemente, caracteriza-se um caso de SC³.

[...] temos dificuldade mesmo após a detecção para as mães seguirem o tratamento, como também os parceiros. (E1)

O pré-natal em si e o tratamento [...] muitas vezes o companheiro não quer fazer, infelizmente. (E2)

[...] orientação desses casais de estar usando preservativo [...] evitando transmissão e também o tratamento. O que a gente vê muito é que as parceiras tratam e o parceiro não aceita o tratamento e acaba tendo constantemente uma recontaminação e fica mantendo os valores elevados. (E12)

[...] entrar com algum para poder fazer a pessoa fazer o tratamento, muitas até fazem, mas os parceiros não. (E9)

Estudos realizados expõem a ausência de referência ao tratamento do companheiro, tampouco ao controle da infecção como medida de prevenção da ocorrência da SC^{19,20}. A carência de tratamento do parceiro e da gestante ocorre pelo despreparo das equipes diante do resultado de sífilis positivo, assim como a demora do recebimento e retorno do resultado do exame, que inviabiliza a prescrição em tempo hábil para tratamento.

O apoio familiar e do companheiro é fundamental durante a gestação. No caso das DST se torna difícil para o casal enfrentar a situação devido ao constrangimento social e sexual que se apresentam mediante da desconfiança gerada na relação conjugal. O apoio profissional se torna imprescindível para a orientação e esclarecimentos que poderão surgir. Há carência de incentivos e de busca ativa para que ambos façam o tratamento e sejam esclarecidos com relação ao mesmo.

Portanto, a educação em saúde é uma prática integral que deve ser desempenhada em todos os momentos e espaços, seja na atenção primária ou secundária, implementado-se como uma atividade que força a interação entre os diferentes saberes e enfatiza o vínculo com a comunidade²¹.

“Há uma falha na educação em saúde!”

A educação em saúde é exposta como parte fundamental para a redução da incidência de casos de SC. Acredita-se que esta seja o meio incentivador para que a população participe do processo de doença-saúde, utilizando-se da prevenção como uma tecnologia leve eficaz contra as patologias.

Há uma lacuna na qualidade da assistência pré-natal, no que diz respeito à difusão de conhecimento acerca da sífilis adquirida e sífilis congênita, é interessante que seja inserido o tema de forma mais diligente nos currículos das graduações e a estimulação à educação continuada dos profissionais se torna medida imprescindível para assegurar a resolução do problema^{19,22}.

[...] as unidades mantêm programas em relação à sífilis congênita mas mesmo assim os casos são alarmantes [...] há falha na educação em saúde, é toda uma estrutura envolvida, uma questão social, quanto menos esclarecidas, menos elas participam. (E1)

[...] cuidados na assistência pré-natal, falta a gestante querer fazer o pré-natal e o tratamento [...] falta educação. (E2)

Tem que fazer educação em saúde com essas mães na atenção básica, principalmente no pré-natal, no pla-

nejamento familiar, por que muitas delas não sabem o que é sífilis. (E8)

Precisa melhorar o pré-natal e informações mais claras sobre a doença na população. (E5)

A visão de educação em saúde no discurso e nas ações dos profissionais encontra-se embasada no modelo de difusão do conhecimento e no método curativo de assistência à saúde. Tal concepção está interligada à noção de prevenção de doenças e de transmissão de informação para a população, na qual a tarefa de ensinar e orientar estão presentes no discurso e na prática desses profissionais, sobressaindo o saber profissional sobre o conhecimento popular, na tentativa da mudança de comportamento e hábitos de vida da população²³.

Os profissionais de saúde são apontados como detentores de baixo domínio no emprego de abordagens coletivas e *empoderadoras*, que apontam para a participação social e política dos usuários. Visão crítica para com relação restrita à promoção, pois a mesma é coligada e significada como prevenção, deste modo restringindo o papel da educação em saúde²⁴. Como erro isolado e único da “porta de entrada”, a atenção primária é referida como fonte principal de carência de infraestrutura, de incentivos financeiros e profissionais qualificados, acreditam que a lacuna destes acarreta nos índices elevados de sífilis na atenção secundária.

Os obstáculos e falhas da atenção básica são inúmeros, no entanto o SUS, ao longo dos anos, enfatiza esta como fator primordial para as mudanças no perfil da atenção secundária e terciária. A responsabilidade está presente, mas os investimentos em infraestrutura, materiais e profissionais são escassos. Os depoimentos não revelam a *incompetência* do sistema, evidenciam apenas as deficiências presentes na atenção primária.

CONCLUSÃO

O estudo adveio da necessidade de se compreender o papel e a função da enfermagem relacionada aos elevados índices de SC encontrados em uma instituição de saúde. O que se configura como problema de saúde pública, por ser esta patologia – enquanto doença de notificação compulsória – um indicador de avaliação da assistência intersetorial no Sistema Único de Saúde.

O papel do enfermeiro é desempenhado de modo fragmentado e voltado à cura do indivíduo. Tais profissionais demonstram unanimidade na descrença nas condutas para a erradicação da patologia, devido as lacunas apresentadas quanto a forma mecanicista, interpretada pelo profissional, da profilaxia e do tratamento, assim como a carência de segurança no protocolo, pois não apresentam resultados efetivos.

Associado à problemática incide o comodismo, como se não houvesse nada a ser realizado. Surgiram inúmeras barreiras para o enfrentamento da SC. Compreendem-se as limitações das profissionais frente aos recursos oferecidos e os meios de capacitação escassos

para que essas possam descobrir novas soluções ou alternativas para o enfrentamento da conjuntura.

A integralidade na atenção primária e secundária apresenta-se de modo independente e dissociada. Cabe destacar a limitação do estudo em assumir que não há generalizações em seus achados, mas sim, uma perspectiva acerca dos conceitos e protocolos formulados pelo sistema de saúde em observação de uma única instituição referencia para os casos de sífilis.

As enfermeiras sentem-se responsáveis por suas unidades, sobretudo pela parte curativista, sem haver uma coligação ou interlocução com a atenção básica, para que haja acompanhamento, tentativa de conscientização ou, até mesmo, o empreendimento de ações investigadoras, para o informe de como esses casos chegam à atenção secundária. Os profissionais da rede hospitalar se consideram à parte de possíveis participações para solucionar as questões relacionadas à sífilis congênita, de modo à culpabilizar, exclusivamente, a atenção primária pelo problema. Portanto, propõe-se novas ações, a partir de intervenções educativas, focalizando a integralidade da atenção à saúde para a constituição de meios de qualificação e empoderamento profissional.

REFERÊNCIAS

1. Lorenzi DRS, Fiaminghi LC, Ártico GR. Transmissão vertical da sífilis: prevenção, diagnóstico e tratamento. *Femina*[Internet]. 2009 [acesso em 05 Mar 2015]; 37(2):83-90. Disponível em: <http://livrozilla.com/doc/305850/transmiss%C3%A3o-vertical-da-s%C3%ADfilis--preven%C3%A7%C3%A3o--diagn%C3%B3stico-e>.
2. Peate I. The resurgence of syphilis. *Br J Nurs*[Internet]. 2017[acesso em 18 Feb 2018]; 26(2):73. Disponível em: <https://doi.org/10.12968/bjon.2017.26.2.73>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2016[acesso em 18 Feb 2018]. Disponível em: file:///C:/Users/herik/Downloads/manual_sifilis_10-2016.pdf.
4. Bonfada D, Cavalcante JRLP, Araújo DP, Guimarães J. A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. *Ciênc saúde coletiva*[Internet]. 2012 [acesso em 05 Mar 2015]; 17(2): 555-60. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000200028.
5. Mello VS, Santos RS. A sífilis congênita no olhar da enfermagem. *Rev enferm UERJ*[Internet]. 2015[acesso em 18 Feb 2018]; 23(5):699-704. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/17103/15621>.
6. Rigon AG, Neves ET. As matrizes das concepções de educação em saúde de enfermeiros no contexto hospitalar. *Rev enferm UERJ*[Internet]. 2012[acesso em 10 Mar 2015]; 20(5):631-36. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/5962/4278>.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015[acesso em 22 Jun 2017]. 120 p.: il. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeutica_atencao_integral_pessoas_infecoes_sexualmente_transmissiveis.pdf
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016[acesso em 22 Jun 2017]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/manual-tecnico-para-diagnostico-da-sifilis>
9. Lazarini FM, Barbosa DA. Educational intervention in Primary Care for the prevention of congenital syphilis. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*[Internet]. 2017[acesso em 19 Feb 2018]; 25:e2845.
10. Bittencourt RR, Pedron CD. Sífilis: abordagem dos profissionais de saúde da família durante o pré-natal. *J Nurs Health*[Internet]. 2012[acesso em 15 Mar 2015]; 2(1):9-17. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/3450>.
11. Minayo MCS (Org.), Deslandes SF, Gomes R. A pesquisa social: teoria, método e criatividade. 1ª ed. Petrópolis: Vozes; 2016.
12. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias *Revista Pesquisa Qualitativa*. São Paulo (SP), 2017; 5(7): 01-12
13. Tanaka OY. Avaliação da atenção básica em saúde: uma nova proposta. *Saude soc* [Internet]. 2011[acesso em 15 Mar 2015]; 20(4):927-34. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400010.
14. Araújo MAL, Silva DMA, Silva RM, Gonçalves MLC. Análise da qualidade dos registros nos prontuários de gestantes com exame de VDRL reagente. *Rev APS*[Internet]. 2008[acesso em 15 Mar 2014]; 11(1):4-9. Disponível em: <http://www.ufff.br/nates/files/2009/12/004-009.pdf>.
15. Macêdo VC, Lira PIC, Frias PG, Romaguera LMD, Caires SFF, Ximenes RAA. Fatores de risco para sífilis em mulheres: estudo caso-controle. *Revista de Saúde Pública*[Internet]. 2017[acesso em 19 Feb 2018]; 51:1-12. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S0034-89102017000100268.
16. Cardoso ARP, Araújo MAL, Cavalcante MS, Frota MA, Melo SP. Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* 23(2):563-74.
17. Monteiro MOP, Costa MC, Vieira GO; Silva CAL. Fatores associados à ocorrência de sífilis em adolescentes do sexo masculino, feminino e gestantes de um Centro de Referência Municipal/CRM - DST/HIV/AIDS de Feira de Santana, Bahia. *Adolesc. Saude*, Rio de Janeiro, 2015; 12(3):21-32.
18. Costa COM, Santos BC, Souza KEP, Cruz NLA, Santana MC, Nascimento OC. HIV/AIDS e sífilis entre gestantes adolescentes e adultas jovens: fatores de exposição e risco dos atendimentos de um programa de DST/HIV/AIDS. *Rev. baiana de saúde pública*. 2011[acesso em 20 Jun 2015]; 35(1): 179-95. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2011/v35nSupl1/a2308.pdf>.
19. Soares LG, Zarpellon B, Soares LG, Baratieri T, Lentsck MH, Mazza VA. Gestational and congenital syphilis: maternal, neonatal characteristics and outcome of cases. *Rev Bras Saude Mater. Infant*. 2017; 17(4):781-89.
20. Saraceni V, Pereira GFM, Silveira MF, Araujo MAL, Miranda AE. Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis:

dados de seis unidades federativas no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2017; 41(e44):1-8.

21. Cerveira DPP, Parreira BDM, Goulart BF. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). *Ciênc saúde coletiva*[Internet]. 2011[acesso em 15 Jun 2015]; 16(1):1547-54. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/v16s1/a90v16s1.pdf>.

22. Matthes ACS, Lino APS, Costa CA, Mendonça CV, Bel DD. Sífilis congênita: mais de 500 anos de existência e ainda uma doença em vigência. *Pediat mod*[Internet]. 2012. [acesso em 15 Jun 2015]; 48(4):149-54. Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=4977.

23. Pinafo E, Nunes EFPA, González AD, Garanhani ML. Relações entre concepções e práticas de educação em saúde na visão de uma equipe de saúde da família. *Trab educ saúde*[Internet]. 2011[acesso em 15 Jun 2015]; 9(2):201-21. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000200003.

24. Tesser CD, Garcia AV, Vendruscolo C, Argenta CE. Estratégia saúde da família e análise da realidade social: subsídios para políticas de promoção da saúde e educação permanente. *Ciênc saúde coletiva*[Internet]. 2011[acesso em 15 Jun 2015]; 16(11):4295-306. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a02v16n11.pdf>.